

Доц. И.Д. Герич, ассист. Вс.В. Ващук

СОЧЕТАНИЕ ОСТРОГО ГАНГРЕНОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА С НЕВПРАВИМОЙ ПАРАУМБИЛИКАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ

Львовский государственный медицинский университет, Украина

Больная К., 83 лет, поступила в клинику 6.04.1992 года через четверо суток от начала заболевания с жалобами на интенсивные боли в верхней половине живота, тошноту, многократную рвоту желудочным содержимым, наличие болезненного опухолевидного образования в области пупка.

Заболела остро 2.04.92, когда возникли вышеперечисленные признаки болезни.

За медицинской помощью не обращалась четыре дня.

При поступлении общее состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые. Тургор тканей резко снижен. АД 24,0/16,0 кПа (180/120 мм рт. ст.). Пульс 92 уд./мин., удовлетворительного наполнения. Тоны сердца приглушены, аритмичные (экстрасистолы). Дыхание везикулярное, в нижних отделах - ослабленное.

Язык сухой, обложен серым налетом. Живот выпуклой формы, ассиметричный за счет выпячивания в околопупочной и левой паховой области. В гипогастрии определяется рубец после выполненной в 1976 году срединной лапаротомии. При пальпации определяется резкая болезненность и напряжение верхней половины живота с умеренными признаками раздражения брюшины. Параумбиликальное опухолевидное образование напряжено, резко болезненно, в брюшную полость не вправляется. Левосторонняя паховая грыжа: мягкая, эластичной консистенции, не болезненная свободно вправляется в брюшную полость. Перистальтические шумы редкие, ослабленные; газы не отходят. Стула не было в течение 3-х суток.

На обзорной рентгеноскопии брюшной полости определяется единичная чаша Клойбера в правом подреберье и пневматизация тонкого кишечника; свободного газа в брюшной полости нет.

Анализ крови: эр. $3,8 \times 10^{12}$ /л., Нв 148 г/л., л $9,0 \times 10^9$ /л., п. 2%, с. 7%, лимф. 18%, м. 2%. Анализ мочи: белок - 0,033 г/л., - уд. вес - 1010 ед., - пл. эп. - в большом количестве; л.-35-40 в п/зр.; эр.-2-3 в п/зр. Биохимия: калий - 3,1 ммоль/л; мочевины - 17,5 ммоль/л; остаточный азот - 44,3 ммоль/л; фибриноген - 8 г/л.

Диагноз: Ущемленная околопупочная грыжа. Левосторонняя прямая паховая грыжа. Гипертоническая болезнь II ст. ИБС, Атеросклеротический кардиосклероз, предсердная экстрасистолия. Хронический бронхит. Эмфизема легких. Пневмосклероз. Хронический пиелонефрит. Двухсторонний деформирующий коксартроз.

После короткой дооперационной подготовки больная подана в операционную. Общий интубационный наркоз. После релаксации мышц передней брюшной стенки в правом подреберье четко определяется округлой формы опухолевидное образование тугоэластической консистенции. Диагноз - острый обтурационный холецистит.

Верхняя срединная лапаротомия с ликвидацией невримы параумбиликальной грыжи. В правом подреберье незначительное количество серозного выпота. Желчный пузырь больших размеров, напряжен, гангренозно изменен в области кармана Гартмана плотно соединен с большим сальником. При ревизии других отделов брюшной полости изменений не найдено. С помощью пункции пузыря получено 480 мл гнойной желчи. После выделения его из инфильтрата - типичная холецистэктомия. К ложу пузыря подведен "сигаретный" дренаж; правое подпеченочное пространство дренировано резиновой трубкой. Дренажи выведены через контрапертуру в правом подреберье. Рана ушита узловыми швами послойно.

Послеоперационный период гладкий: на вторые сутки удалена трубка, на 7-е - резиновый выпускник, на 9-е - марлевый тампон. На 12-е сутки сняты швы - рана зажила первичным натяжением. На 14-е сутки в удовлетворительном состоянии больная выписана домой.

Приведенный случай демонстрирует возможность ошибок в диагностике острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста, особенно при на-

личии сопутствующей другой хирургической патологии.

Сочетание острого холецистита и грыжи не является редкостью и описано некоторыми авторами как холецисто-умбиликальный синдром. Особенностью данного случая является симуляция ущемления в грыжевом мешке на фоне стертой клиники острого деструктивного холецистита, что и послужило в конеч-

ном итоге ошибкой в предоперационной диагностике у данной больной. У пациентов пожилого возраста жалобы на усиление болей со стороны длительно существующей грыжи может быть следствием раздражения брюшины грыжевого мешка воспаленным экссудатом, вызванным другой острой хирургической патологией (острый холецистит, перфоративная язва желудка и 12-ти перстной кишки и др.).